

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

508

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Michel LUCA

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

PAR

HÉMISECTION UTÉRINE

(PROCÉDÉ DE J.-L. FAURE)

Président : M. J.-L. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

508

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Michel LUCA

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

PAR

HÉMISECTION UTÉRINE

(PROCÉDÉ DE J.-L. FAURE)

Président : M. J.-L. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique.	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur J. L. FAURE

Qui nous a accueilli avec bienveillance dans son service et qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider cette thèse, qui est la sienne.

A MON MAÎTRE

Monsieur le Professeur agrégé RIEFFEL

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Pour la confiance qu'il nous a montrée et en souvenir des années passées auprès de lui.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

BÉNÉVOLE ET STAGE :

Monsieur le Professeur agrégé P. THIÉRY

Monsieur le Professeur A. ROBIN

Monsieur le Docteur NOEL FIESSINGER

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur agrégé TUFFIER

Monsieur le Professeur agrégé RIEFFEL
(fonction d'interne)

Monsieur le Docteur ROUX-BERGER

Monsieur le Professeur CUNÉO

Monsieur le Docteur HALLOPEAU

Monsieur le Docteur PICOT

Monsieur le Docteur PARMENTIER

STAGE OBSTÉTRICAL :

Monsieur le Professeur agrégé DEMELIN

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur DOUAY

Chef de Clinique, à la clinique gynécologique de l'Hôpital Brocca

*Pour l'aimable condescendance
avec laquelle il nous a donné de
précieux conseils.*

A MON CHER AMI

Monsieur le Docteur MOSSÉ

Ancien interne des Hôpitaux

Affectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE
PAR
HÉMISECTION UTÉRINE
(PROCÉDÉ DE J.-L. FAURE)

I

INTRODUCTION

L'hémisection utérine est un procédé opératoire d'hystérectomie abdominale déjà relativement vieux. Il a été exécuté pour la première fois par le professeur J.-L. Faure le 25 septembre 1897 et décrit la même année dans *la Presse médicale* (1).

Au Congrès de Chirurgie français de 1899 ce procédé est accueilli avec faveur par les chirurgiens qui l'ont discuté à cette époque.

Ricard, Quénu, Villar (2), reconnaissent l'utilité de l'hémisection utérine, dans les annexites bilatérales anciennes suppurées.

Chapeyron (3), inspiré par Villar, fait dans sa

1. J.-L. Faure, *Presse médicale*, 1897, n° 86, p. 237.

2. Congrès de Chirurgie français, 1899.

3. Chapeyron. Thèse de Bordeaux, 1898.

thèse, une large place au procédé de J.-L. Faure et publie quelques observations très concluantes.

Pétron (1), élève du professeur J.-L. Faure et sous son inspiration, a fait une thèse sur la technique et quelques indications de l'hémisection utérine.

Depuis cette époque, J.-L. Faure est resté fidèle à son procédé d'hémisection utérine pour les cas difficiles d'hystérectomie pour salpingite double.

Nous avons suivi son service à l'hôpital Broca pendant l'année 1919 et 1920 et bien souvent en voyant opérer le professeur ou ses élèves nous avons été frappé des services que rendait ce procédé dans des mains expérimentées.

En comparant ce que nous avons vu à l'hôpital Broca et dans les autres services hospitaliers où l'on fait d'une façon courante les opérations gynécologiques nous nous sommes fait une opinion sur les différentes techniques employées.

Les avantages de l'hémisection sont tellement manifestes, qu'on se demande pourquoi ce procédé est encore si peu utilisé par les autres chirurgiens.

Il est clair qu'un chirurgien arrive toujours à la fin d'une hystérectomie pour salpingite, mais que de peine, que de lenteurs, que de manœuvres difficiles et souvent dangereuses pour les malades, poches de pus crevées, trompes enlevées par morceaux, pinces hémostatiques qui s'accumulent au fond d'un bassin encombré, etc.

Nous avons l'impression que ce même chirurgien,

1. Pétron. Thèse de Paris, 1899-1900.

utilisant le procédé de l'hémisection, eut atteint le même résultat, sans la moindre difficulté et avec le maximum de sécurité.

Il est bien entendu toutefois que ce procédé reste une méthode d'exception, c'est un procédé réservé aux cas très difficiles.

Nous essayerons dans cette thèse de montrer les indications de l'hémisection, en choisissant parmi les nombreuses observations recueillies dans le service du professeur J. L. Faure les cas les plus typiques et dans lesquels ce procédé nous paraît être le procédé de choix.

A l'étranger, l'hémisection à ses partisans acharnés, qui ont même poussé l'exagération jusqu'à en faire une méthode courante d'hystérectomie. Pour n'en citer qu'un exemple, nous rappellerons que, à Genève, le professeur O. Beuttner pratique depuis 1904 l'hémisection, qu'il considère comme méthode de choix dans les annexites bilatérales adhérentes.

Il a poussé dans cette voie et convaincu par la parole et les résultats obtenus ses élèves L. Aubert, Edelstein, Hennenberg, Bastian qui ont publié des observations et statistiques très intéressantes.

Dans une de ces statistiques, celle de Hennenberg, nous trouvons une proportion de 81 hémisections sur 115 hystérectomies pour affections bilatérales des annexes. On voit par là, combien ce procédé était devenu habituel à Genève.

Pour notre part nous ne pensons pas que ce procédé doive supplanter les autres méthodes, mais nous

sommes persuadés qu'il mérite de retenir l'attention des chirurgiens, car il peut comme méthode d'exception, rendre des services considérables.

C'est pourquoi, nous avons cru faire œuvre utile, en remettant en relief la technique de cette intervention et les avantages qu'elle présente, quant à la facilité de manœuvre, à la rapidité et à la sécurité, dans l'hystérectomie abdominale pour lésions bilatérales des annexes présentant de larges adhérences au bassin et à l'utérus.

II

HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE ET HYSTÉRECTOMIE TOTALE PAR HÉMISECTION UTÉRINE

L'hémisection peut être utilisée pour faire une hystérectomie abdominale soit subtotale soit totale. Mais il faut bien savoir que le procédé du professeur J. L. Faure vise surtout l'hystérectomie subtotale.

Rappelons la technique de ces deux opérations et pour cela nous ne pouvons mieux faire que de citer les paroles du Maître :

1° Hystérectomie subtotale par hémisection

« Le ventre étant largement ouvert et les intestins bien protégés par des compresses, comme dans tous les procédés, on saisit le fond de l'utérus avec deux pinces solides qui mordent chacune un peu en dehors de la ligne médiane.

« Puis avec de forts ciseaux droits, on sectionne alors l'utérus sur la ligne médiane du fond vers le col ».

« On poursuit cette section jusqu'à l'isthme, au niveau du cul de sac vésico-utérin. Il est très facile, en se repérant sur la cavité utérine, qu'on n'a qu'à suivre, de se tenir exactement au milieu de l'utérus et d'éviter ainsi toute hémorragie. »

« Le suintement sanguin est insignifiant ».

« Après le premier coup de ciseaux qui ouvre le fond de la cavité utérine, j'ai l'habitude d'enfoncer dans cette cavité la lame du thermo-cautère et de la stériliser énergiquement ».

« L'utérus se trouve ainsi partagé en deux moitiés, jusqu'à l'isthme. On saisit alors une des moitiés, la droite par exemple (1), avec une pince à traction, qui vient s'amarrer près de l'isthme et, d'un coup de gros ciseaux courbés donné au niveau de l'isthme, on sépare cette moitié utérine du col auquel elle tenait encore. »

« En tirant sur cette moitié utérine par la pince amarrée près de la tranche inférieure, on la retourne en la faisant pivoter autour de l'insertion des annexes. On aperçoit alors par leur côté interne, les vaisseaux utérins, qu'il est facile de couper après les avoir pincés. En continuant de tirer sur la moitié utérine renversée, on attire les annexes que la main gauche, profitant de l'espace laissé libre par le renversement de la moitié utérine, contribue à décoller en les attaquant par dessous. Quand le décollement

1. Quand on a le choix, il vaut mieux s'attaquer d'abord au côté droit, mais en général on commence par le côté qui semble le plus facile à extirper.

est terminé, on pince le pédicule constitué par le ligament rond et les vaisseaux utéro-ovariens et on le tranche en enlevant à la fois les annexes et la moitié utérine correspondante ».

« On n'a plus qu'à répéter à gauche une manœuvre identique, et à terminer l'opération comme à l'ordinaire ».

2^o Hystérectomie totale par hémisection

« Les premiers temps de l'opération sont semblables à ceux décrits à propos de l'hystérectomie sub-totale. Il faut seulement avoir soin, dès le début, et avant d'avoir commencé la section médiane de l'utérus, d'inciser le cul-de-sac vésico-utérin et de repousser la vessie vers le bas, en la libérant complètement de la face antérieure du col et de la partie supérieure du vagin ».

« On incise alors l'utérus du fond vers le col et on tombe bientôt dans le vagin, qui ne tarde pas à être ouvert sur la ligne médiane, en avant et en arrière ».

« On se trouve alors en présence de deux demi-moignons du col. On saisit l'un d'eux, le droit par exemple, avec une forte pince à traction, et on l'attire en haut et en dehors. La moitié latérale du vagin qui s'insère sur lui se tend et rien n'est plus simple, avec des ciseaux courbes, que de la sectionner au ras du tissu utérin, en l'attaquant par sa face interne ».

« Le vagin désinséré, la moitié utérine correspon-

dante est renversée et extirpée avec les annexes comme dans l'hystérectomie subtotale. »

« La moitié gauche est alors enlevée par des manœuvres identiques. »

Voilà les deux procédés d'hémisection tel qu'ils ont été décrits par le professeur J.-L. Faure (1). Nous reviendrons plus loin sur quelques points de technique.

3° Hystérectomie partielle par hémisection

(Procédé de O. Beuttner) (2).

En se basant sur les méthodes de J.-L. Faure, le professeur O. Beuttner, de la clinique gynécologique de Genève, a décrit en 1908 un procédé opératoire applicable aux lésions moins avancées et si la malade est relativement jeune.

Voici en quoi consiste ce procédé :

Laparotomie sous-ombilicale. On saisit l'utérus et on y pratique une excision cunéiforme transversale de son fond en ménageant l'insertion des ligaments ronds. Ces incisions sont prolongés sur les ligaments larges, suivant que l'on veut conserver l'un ou l'autre, ou une partie saine de l'un des ovaires.

On pratique alors l'*hémisection* du coin de l'utérus ainsi détaché. On saisit une des portions, la

1. J.-L. Faure, *l'Hystérectomie*, O. Doin, Paris, 1906.

2. Prof. Dr O. Beuttner, *Die transversale fundale keilexcission des Uterus als Vorakt zur extirpation doppelseitig erkankter Adnexe*, F. Enke Stuttgart, 1911.

droite par exemple, on l'extirpe en allant du centre à la périphérie et on enlève les annexes correspondantes, en les décollant de bas en haut. Même manœuvre du côté opposé.

Il faut avoir soin de conserver un ovaire ou tout au moins une partie de tissu ovarique relativement sain.

On suture ensuite la plaie utérine en un ou deux plans et on termine l'opération par la ligature des pédicules et la péritonisation (1).

Le but de cette opération est de lutter contre les troubles de la castration, en laissant à la malade ses fonctions menstruelles.

Nous n'avons jamais vu pratiquer cette intervention, que nous citons à cause du principe de l'hémisection qui en est la base.

Le professeur Beuttner affirme qu'elle donne de très bons résultats. Il a même constaté que, la résection cunéiforme du fond de l'utérus, améliore et guérit presque toujours, les lésions de métrite, dont il peut être le siège.

1. Dr L. Aubert, *L'excision transversale cunéiforme du fond de l'utérus*, d'après O. Beuttner (*Revue de gynécologie et chir. abdominale*, t. XXII, n° 6, 1914).

III

INDICATIONS DE L'HÉMISECTION UTÉRINE

1° Indications de l'hystérectomie subtotale par hémisection au cours de l'évolution clinique des salpingites.

Tous les chirurgiens sont actuellement d'accord d'épuiser toutes les armes du traitement médical, avant de pratiquer l'hystérectomie, dans les salpingites.

Le traitement médical consiste dans le repos au lit, la désinfection vaginale et utérine par des irrigations d'eau bouillie chaude à 50 degrés ou même plus, les tampons ou ovules de glycérine ichtyolée, enfin la vessie de glace.

Sous l'influence de ce traitement on voit souvent les souffrances s'atténuer, les douleurs lombaires disparaître, la température tendre vers la normale et peu à peu les signes physiques s'amender.

La résolution est ainsi quelquefois complète et l'hystérectomie évitée.

D'autres fois, le traitement médical, sans amener la guérison, produit un certain soulagement, mais la

salpingite évolue par poussées successives vers la chronicité (obs. III).

Il faut alors intervenir à froid, autant que possible en évitant une crise aiguë.

On se trouvera en présence de cas en général faciles. La question ne se pose pas par quel procédé faire l'hystérectomie. Tous les procédés seront bons et suivant les goûts ou l'habitude on appliquera le procédé américain, le procédé de Terrier, la décollation antérieure ou postérieure de J.-L. Faure. Quelques-uns feront une hystérectomie totale.

Il y a des cas dans lesquels, malgré le traitement médical, les phénomènes aigus persistent ou même s'aggravent. Quelle sera la conduite à tenir dans ces cas ?

Si on continue le traitement médical, des complications peuvent survenir allant quelquefois, mais rarement, jusqu'à la péritonite généralisée. Quelquefois on peut constater des améliorations temporaires qui proviennent de l'ouverture de la collection purulente dans l'intestin, dans le rectum le plus souvent (voir obs. IV) et bien rarement dans la vessie.

Cette évolution lente impose aux malades des mois d'alitement et de souffrances, un amaigrissement quelquefois considérable et pour finir, l'hystérectomie ne sera pas moins nécessaire, on opérera à froid, mais une malade dont l'état général est précaire.

Nous nous rangeons pour ces cas, à la ligne de conduite du professeur J.-L. Faure.

Si après huit jours environ, de traitement médical

bien conduit, il n'y a aucune amélioration, il faut intervenir (voir obs. II).

Devant une salpingite basse, prolabée dans le Douglas avec, au toucher, le cul-de-sac postérieur bombé, nous pratiquerons une colpotomie postérieure. Cette opération amène d'ordinaire la sédation des phénomènes aigus. L'hystérectomie secondaire néanmoins sera souvent nécessaire et comme elle sera habituellement difficile nous pouvons prévoir l'application d'une hémisection subtotalaire.

Si au contraire, nous sommes en présence d'une salpingite haute, la colpotomie est moins indiquée. Elle est toujours difficile dans ces cas, car il faut aller à l'aveuglette, crever des poches purulentes, jusqu'au détroit supérieur, ce qui ne se fait pas sans de sérieux dangers.

Pour ces cas, le professeur J.-L. Faure, fait d'emblée l'hystérectomie, et presque sûrement l'hémisection sera nécessaire, à cause des difficultés opératoires auxquelles il faut s'attendre.

Ce sont ces cas, dans lesquels Péan, conseillait l'hystérectomie vaginale. Il fallait « retirer la bonde » suivant son expression, pour permettre aux collections purulentes qui entourent l'utérus de se vider et de revenir sur elles-mêmes.

L'hystérectomie vaginale a perdu son ancienne faveur dans le traitement des suppurations pelviennes, et sauf l'indication que nous venons de citer elle ne s'emploie plus guère actuellement, que pour les accidents puerpéraux ou post abortum, accom-

pagnés de gros phénomènes thermiques, témoins de la grande virulence de l'infection. Alors, l'hystérectomie vaginale permet de réduire au minimum les chances de propagation péritonéale et réalise avec le moins de dangers immédiats, l'intervention d'urgence.

L'indication par suite de signes cliniques de l'hystérectomie abdominale totale par hémisection est réellement exceptionnelle. En plus des lésions salpingiennes, le col doit présenter des lésions graves, soit ulcéreuses suspectes de néoplasie, soit des lésions tuberculeuses.

On peut alors pratiquer une hystérectomie abdominale totale par un procédé approprié ou si les lésions font prévoir une hémisection, faire d'abord une subtotal, qui immédiatement peut être totalisée, par l'ablation du col. C'est ainsi que procède de préférence le professeur J.-L. Faure, a qui nous n'avons jamais vu pratiquer une hémisection totale d'emblée. (voir obs. IV).

2° Indications de l'hystérectomie subtotal par hémisection, au cours de l'opération

L'hystérectomie abdominale se fait par une infinité de procédés. Mais comme l'a dit et souvent répété notre maître, le professeur J.-L. Faure, « tout l'art du chirurgien ne consiste pas à enlever l'utérus, il consiste à le bien enlever ».

Il faut donc pour chaque cas particulier, opérer dans les meilleures conditions de manœuvre et de simplicité, il faut faire un choix judicieux des procédés les mieux adaptés aux lésions pour lesquelles on est appelé à intervenir et qui se présentent à nos yeux à l'ouverture de l'abdomen.

Nous allons en quelques lignes, rappeler les lois fondamentales de la technique de l'hystérectomie, d'après le professeur J.-L. Faure, et pour cela en ouvrant son livre si instructif *l'Hystérectomie*, on lit ce qui suit : « C'est la façon dont on s'y prend, pour attaquer l'utérus, qui domine l'opération toute entière, qui la rend facile ou difficile, rapide ou prolongée et jusqu'à un certain point inoffensive ou grave ; c'est la tactique de l'hystérectomie. »

Cette tactique change suivant les lésions.

La loi fondamentale qui domine toute la technique de l'hystérectomie, c'est que les annexes malades sont beaucoup plus faciles à enlever lorsqu'on les aborde *de dedans en dehors et de bas en haut*.

Donc, la première phase de toute hystérectomie bien conduite est d'atteindre le pôle inférieur du bloc utéro-annexiel.

Pour y parvenir il s'agit de prendre la voie la plus courte et la moins encombrée, et comme cette voie n'est pas toujours la même, il s'ensuit qu'on appliquera des procédés différents. Il ne faut donc pas se laisser entraîner par l'habitude prise de telle ou telle technique, mais ce seront les lésions et les disposi-

tions anatomiques qui indiqueront le procédé opératoire à suivre.

Il est évident que dans les cas simples, l'utérus et les annexes ne présentant pas de grosses lésions, où il n'y a pas ou très peu d'adhérences, tous les procédés seront bons, et rendront également des services.

Si le passage est libre entre les annexes et la paroi pelvienne des deux côtés, on pourra employer le procédé ordinaire de Terrier-Gosset.

Si un des côtés est à peu près libre ou facile à détacher, le procédé de Kelly ou procédé américain, est indiqué. Dans ce cas il est relativement facile d'aborder de haut en bas le côté le moins malade, de trancher le col et d'attaquer le côté où les lésions sont importantes, ou de grosses adhérences se présentent, de bas en haut et dedans en dehors.

Si les annexes étant très adhérentes des deux côtés le passage est libre entre l'utérus et les annexes, l'excellent procédé de Terrier par ablation première de l'utérus, donnera un jour suffisant pour permettre la décortication par dedans et par dessous des annexes.

Le passage sur les côtés n'étant pas possible, mais si le cul-de-sac de Douglas est libre on en profitera pour faire une décollation postérieure de J.-L. Faure.

Quelquefois, les annexes sont des deux côtés très adhérentes, le cul-de-sac de Douglas rempli par les masses annexielles, l'utérus figé, immobile, le tout

le plus souvent recouvert par des adhérences épiploïques.

Après résection de l'épiploon, on aperçoit un amas formé par le bloc utéro-annexiel, dans lequel l'utérus est à peine visible et parfois adhérent très intimement à l'anse sigmoïde ou aux anses grêles.

C'est dans ces cas que l'hémisection utérine rend de précieux services. Elle sera plus facile à exécuter que le procédé de Terrier, « car il est infiniment plus simple et plus sûr de sectionner l'utérus sur la ligne médiane que de le séparer sur le côté d'annexes, sur les adhérences et la fragilité desquelles on n'est pas toujours bien fixé » (voir obs. VI).

« En outre, la moitié utérine sectionnée au niveau de l'isthme et renversée vers le haut, donne une prise excellente pour attirer et décoller, par en bas, les annexes qui lui sont fixées. On risque moins de les déchirer ainsi, que lorsqu'on est obligé de saisir, après section de l'insertion de la trompe sur la corne utérine, le moignon tubaire souvent malade, distendu, déjà kystique et qui peut se rompre facilement (1). »

En pratique pour tous ces cas on emploie deux procédés seulement ; l'américain pour les cas faciles ou moyens, l'hémisection pour les cas difficiles.

L'utérus doit remplir une seule condition pour que l'hémisection soit possible. C'est d'être normal de façon que son volume permette une section médiane. L'hémisection n'est donc pas applicable dans les

1. J.-L. Faure et A. Siredey, *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*.

utérus fibromateux, où les procédés qui font l'extirpation d'un seul bloc sont préférables. Toutefois, l'incision de l'utérus sur le fibrome, suivie de myomectomie, rendra l'hémisection possible.

Lorsqu'on a affaire à un gros utérus mou et saignant dans lequel on peut supposer soit une dégénérescence néoplasique, soit seulement une métrite fongueuse ou purulente, l'hémisection n'est pas indiquée. Ce sont là d'ailleurs des faits exceptionnels.

On voit quelquefois des kystes de l'ovaire, à développement pelvien, ayant contracté de fortes adhérences avec la paroi pelvienne et avec l'utérus. Il s'agit habituellement de kystes végétants et il vaut mieux ne pas les ponctionner, mais les enlever sans les ouvrir. Dans ces cas l'hystérectomie s'impose et si le kyste est bilatéral, ce qui est habituel, l'hémisection utérine rend l'opération beaucoup plus facile, parce qu'elle permet d'enlever le kyste de bas en haut, avec la moitié utérine qui lui adhère, en l'attaquant par la base du ligament large (voir obs. V)

* * *

Dans toutes ces circonstances, l'hémisection utérine sera pour le chirurgien d'un secours incontestable. Nous ne pouvons trouver une meilleure règle pour l'application de ce procédé, que la suivante : d'y avoir recours toutes les fois que les lésions très adhérentes des deux côtés, vous mettent dans l'embarras du côté par lequel il faut commencer l'hystérectomie.

Dans ces cas, nous dirons que l'hésitation n'est pas permise et qu'il faut attaquer par le milieu, en pratiquant une hémisection utérine, véritable passe-partout des bassins encombrés.

IV

SUR QUELQUES POINTS DE TECHNIQUE

L'hémisection utérine est d'une technique parfaitement réglée. Le ventre étant ouvert, la valve mise en place et suivant les lésions, la décision prise de pratiquer une hémisection, il faut :

1° *Reconnaître le fond de l'utérus.* — Celui-ci peut être recouvert par des adhérences de l'épiploon ou des anses grêles. On fera la ligature et la résection des premières et on détachera avec le maximum de soins les intestins, à la rigueur en sculptant le péritoine utérin. On opérera de la même manière pour l'S iliaque ou le cæcum et on pratiquera l'appendicectomie si cet organe est adhérent aux annexes ;

2° *Saisir l'utérus avec deux pinces solides*, placées un peu en dehors de la ligne médiane. On se servira de fortes pinces à traction et on fera une très bonne prise ;

3° *Commencer bien au milieu la section de l'utérus*, avec une paire de forts ciseaux droits. Ceux-ci seront infectés par le contact avec la muqueuse utérine, aussi il faut les écarter et ne plus s'en servir une fois les temps septiques terminés ;

4° *Brûler la muqueuse utérine au thermocautère*, pour la stériliser. La muqueuse est complètement détruite et il est certain qu'après avoir subi ce traitement énergique, elle ne saurait devenir une source d'infection. Cette opération peut se faire avec le couteau ordinaire du thermocautère, ou avec une lame longue de 8 à 10 centimètres, épaisse de 5 à 6 millimètres que le professeur J.-L. Faure a fait spécialement construire à cet usage ;

5° *Fendre l'utérus jusqu'à l'isthme* en faisant une hémisection aussi exacte que possible. Ceci est indispensable pour qu'aucune hémorrhagie importante ne survienne. La section médiane de l'utérus n'intéresse aucun vaisseau de calibre suffisant et si elle est bien conduite c'est à peine si quelques gouttes de sang seront perdues. Pendant ce temps il faut se méfier de la vessie. Elle peut quelquefois être remontée sur la face antérieure de l'utérus. Il faut alors inciser le cul-de-sac vésico-utérin et repousser la vessie vers le bas ;

6° *Saisir l'isthme solidement* avec une pince de Museux, car dans toutes les manœuvres qui vont suivre, la moitié utérine avec ses deux pinces à traction, sert de partie résistante qui transmet la traction à l'annexe correspondante adhérente ;

7° *Sectionner le col* (hémicol) transversalement jusqu'à ce que l'on voie nettement l'artère utérine ;

8° *Pincer l'artère utérine* soigneusement et la sectionner au-dessus de la pince ;

9° *Trouver le bon plan de clivage.* Celui-ci apparaît assez souvent par la simple traction sur la moitié utérine bien saisie avec les deux pinces à traction. La main, profite de l'espace laissé libre par le renversement de la moitié utérine, pour achever par en bas l'extirpation des annexes. Si des difficultés se présentent, on peut :

10° *Sectionner le ligament rond* et pénétrer sous le péritoine par en avant, en cherchant le plan de clivage. Enfin si les annexes ne se décollent pas encore, ce qui est exceptionnel il faut :

11° *Chercher le pédicule utéro-ovarien* et le sectionner. Alors l'annexe ne tient plus que par les adhérences. Nous aurons suffisamment de place libre et l'extirpation ne peut plus tarder ;

12° *Répéter la même manœuvre pour la moitié utérine opposée*, faire soigneusement les ligatures des pédicules, en passant pour chacun l'aiguille deux fois dans les tissus périvasculaires, et péritoniser si cela est possible.

Nous allons montrer au chapitre suivant comment doit être pratiqué le drainage dans les hémisections.

V

SUR LE DRAINAGE APRÈS HÉMISECTION UTÉRINE

L'hémisection utérine s'adresse aux larges suppurations annexielles. Aussi, faut-il en général recourir au drainage, car il est bien rare que cette opération ait pu être conduite de façon aseptique. Il reste souvent un suintement sanguin persistant, ou des lambeaux de poches qui n'ont pu être complètement extirpés. D'autre fois le péritoine pelvien est dépoli, dilacéré, la séreuse a subi de grands délabrements et la péritonisation ne peut être parfaite.

Dans tous ces cas, d'après le professeur J.-L. Faure il faut drainer :

1° *Pour les cas peu septiques*, alors qu'une péritonisation partielle est encore possible, le drainage vaginal suffira. On passera le drain, de haut en bas, du ventre dans le vagin, par une ouverture faite en sectionnant la lèvre postérieure du col.

Il faut alors pratiquer le cloisonnement de la grande cavité péritonéale, la péritonisation haute, par la suture du péritoine vésical à la séreuse de l'S. iliaque.

Le drainage vaginal présente cet inconvénient de mettre en communication permanente l'excavation pelvienne avec le vagin, cavité normalement septique. Mais il ne faudra pas exagérer ce reproche, car d'un côté, le bassin que l'on draine n'est pas aseptique et d'autre part, nous pouvons, au moins partiellement désinfecter le vagin avant l'opération par un badigeonnage à la teinture d'iode.

Par contre, le drainage vaginal réalise le drainage au point déclive, il ne faut pas faire de l'aspiration, les liquides s'écoulent par leur propre poids.

La plaie abdominale est réunie complètement et on obtient ainsi une paroi plus solide, avec moins de chances d'éventration. Enfin nous pouvons pratiquer la péritonisation haute.

Ces avantages du drainage vaginal soit plus théoriques que réels et les suites opératoires sont souvent mouvementées.

2° *Pour les cas très septiques* et où l'ablation des annexes très adhérentes, laisse de larges surfaces cruentées et saignantes, alors que la péritonisation est impossible ou tout à fait incomplète, le drainage à la Mikulicz, rend les plus incontestables services.

Au centre d'un morceau de gaze, carrée, en quatre épaisseurs, a été fixé un fil de soie long et solide. Le tout est stérilisé.

On saisit avec une pince l'attache du fil, et on porte le sac au fond du bassin dans le point que l'on se propose de drainer de préférence. Les bords du sac sortent par la plaie abdominale de même

que le fil de soie fixé et situé dans l'intérieur du sac.

On introduit alors dans le sac, jusqu'au fond, une longue mèche de gaze stérilisée et par dessus trois à quatre compresses de manière à tamponner et effacer tout espace mort. Ensuite on fait la réunion partielle de la plaie opératoire.

Le Mikulicz rend les plus grands services pour faire le tamponnement en cas de suintement hémorragique. En plus le drainage sera assuré par le mécanisme de la capillarité. On pourra néanmoins ajouter un drain en caoutchouc, pourvu seulement d'un ou deux trous à son extrémité inférieure. Ce drain ne draine pas, mais servira à injecter de l'eau oxygénée diluée pour décoller la mèche et le fond du sac quand il s'agira de leur ablation.

Le Dr Douay préfère ne pas mettre de drain dans le Mikulicz car le contact prolongé du drain avec le rectum favorise l'éclosion de fistules stercorales.

Dans le service du professeur J.-L. Faure, les compresses sont enlevées quarante-huit heures après l'opération, la mèche le quatrième jour, quant au sac, il est laissé très longtemps et doit être détaché le dixième jour en moyenne.

On doit décoller le sac en plusieurs jours ; on commence par tendre le pourtour du sac, on tourne ainsi plusieurs fois et à chaque tour on en décolle davantage les bords. En tirant enfin sur la soie fixée à son fond, le sac se retourne en doigt de

gant en se détachant des parties les plus profondes vers l'extérieur.

L'ablation du sac est une opération assez délicate.

Elle ne doit pas être brutale ni douloureuse. Il faut savoir attendre et remettre au lendemain, sinon on risque de déchirer l'intestin et de déterminer une fistule stercorale ou de provoquer une hémorragie notable. Mais ces accidents peuvent être facilement évités en suivant la méthode indiquée plus haut.

Nous avons vu des résultats surprenants obtenus avec le drainage à la Mikulicz. Il ne présente pas les inconvénients qu'on lui prête, est d'une sûreté absolue et évite les accidents graves que l'on voit souvent dans les jours qui suivent les hystérectomies difficiles. Il s'agit comme une barrière qui empêche les anses grêles de venir au contact d'une région septique, il donne au chirurgien un sentiment de sécurité qui lui permet de quitter sa malade sans arrière pensée et avec beaucoup de chance de ne constater le lendemain le moindre shock opératoire.

Il ne semble pas que cette méthode prédispose aux éventrations ultérieures. Dans tous les cas que nous avons observés, nous avons toujours constaté des parois solides et souvent même des cicatrices peu apparentes.

VI

STATISTIQUES

Nous avons eu à notre disposition les registres d'observations et d'opérations du prof. J.-L. Faure, de l'hôpital Cochin ainsi que de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca.

Pour donner les chiffres les plus récents, nous avons pris la période qui va d'août 1919 au 2 juin 1920. Nous avons fait entrer dans notre statistique, seulement les hystérectomies abdominales, *pour lésions bilatérales des annexes*, pratiquées dans ce service soit par le professeur J.-L. Faure soit par ses assistants et internes.

Pendant cette période nous avons trouvé soixante-quinze hystérectomies pour salpingite bilatérale pour lesquelles on a employé :

Dans 6 cas la décollation antérieure ou postérieure.

Dans 49 cas le procédé américain.

Dans 20 cas l'hémisection utérine.

Dans ces 20 cas, l'hémisection, en dehors de toute préférence a été jugée seule capable de pouvoir arriver à enlever rapidement et relativement facilement un utérus et ses annexes gravement malades et for-

tement adhérentes au divers organes du petit bassin.

Dans ces 20 cas d'hémisection nous relevons :

4 cas de réunion sans drainage.

2 — de drainage vaginal.

1 — de drainage abdominal.

9 — de drainage par Mikulicz.

4 — de drainage vaginal associé au Mikulicz.

Nous constatons sur ce chiffre d'hémisections trois décès. Dans ces trois cas, un drainage à la Mikulicz avait été fait.

Dans un cas, il s'agissait d'une salpingite tuberculeuse aiguë ; la température à grandes oscillations, qui existait avant l'opération avec signes de septicémie tuberculeuse ne fut pas modifiée par l'opération et la malade mourut en 10 jours de septicémie tuberculeuse.

Dans un second cas, la mort est survenue par embolie pulmonaire après phlébite.

Enfin le dernier cas était dans un état de faiblesse et de cachexie telles que le choc opératoire ne fut pas supporté.

Dans cette courte statistique, la mortalité serait donc de 15 0/0. Ce pourcentage peut paraître un peu grand, mais il ne faut pas oublier, que l'hémisection utérine s'adresse aux cas les plus compliqués et les plus graves.

Le Dr Edelstein (1) de Genève a publié une statistique d'interventions chirurgicales dans 100 cas d'annexite suppurée. On trouve chez cet auteur 21 cas

1. Dr Edelstein, *les Méthodes d'intervention chirurgicales dans 100 cas d'annexité suppurée* (A. Kundig, Genève, 1912).

opérés par l'hémisection. Il s'agissait de lésions bilatérales très adhérentes.

Le Dr Hennenberg (1) médecin adjoint de la clinique gynécologique de Genève, fit, à la Maternité de cette ville, une communication basée sur 115 cas d'hystérectomies exécutées d'après les principes du professeur J.-L. Faure.

Ces cas se dénombrent comme suit :

10 décollations antérieures.

24 — postérieures.

81 hémisections utérines.

Cette statistique a un caractère spécial car il s'agit d'opérations faites d'après les procédés du professeur J.-L. Faure, à l'exclusion des autres.

L'auteur divise ces 81 hémisections en cas simples, cas moyens et cas graves.

Nous croyons que le chiffre des hémisections de cette statistique est un peu grand et que pour les deux premières catégories, cas simples et cas moyens, on aurait pu employer un autre procédé, en réservant l'hémisection pour sa véritable indication fournie par la troisième classe : cas graves.

Le Dr Hennenberg trouve pour la mortalité opératoire de l'hémisection le chiffre 8-10 0/0, légèrement inférieur à celui trouvé par nous. On peut aisément expliquer cet écart par l'application de l'hémisection à des cas d'un pronostic beaucoup plus favorable,

1. Dr Hennenberg, *A propos du choix des méthodes opératoires dans les affections utéro-ovariennes*. Séance à la Maternité de Genève le 15 avril 1915, in *Gynæcologia Helvetica*, 1915.

VII

OBSERVATIONS

Les observations d'hémisection utérine sont très nombreuses dans le service du professeur J.-L. Faure. Nous donnerons, dans les observations qui vont suivre, la description des lésions constatés à l'ouverture du péritoine et qui ont décidé le chirurgien à pratiquer l'hémisection de préférence aux autres procédés.

Voici à titre de renseignement historique, la première opération de section médiane de l'utérus (1) exécutée en septembre 1897, à l'hôpital Laënnec, par le professeur J.-L. Faure.

OBSERVATION I

Julie D..., vingt-quatre ans, cuisinière, entrée à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, le 21 septembre 1897.

Bonne santé habituelle, réglée à seize ans irrégulièrement sans douleurs. Pas de pertes blanches. Jamais de grossesse.

Il y a deux mois, la malade était en traitement pour une crise de rhumatisme quand survinrent brusquement de vio-

1. Pétron, Thèse de Paris, 1899-1900.

lentes douleurs dans le bas-ventre, avec poussée fébrile, ballonnement, vomissements. Les douleurs se localisent bientôt à gauche dans la fosse iliaque, s'irradient vers les reins et les cuisses. Les douleurs s'exagèrent par la fatigue et se calment au lit.

Au toucher, l'utérus en rétroversion et immobile : flanqué des deux côtés par deux zones de tuméfaction diffuse empiétant sur les culs-de-sac. A gauche, tumeur plus volumineuse.

Opération le 25 septembre 1897.

Je compte faire une hystérectomie vaginale. Dès l'incision du cul-de-sac postérieur je sens en l'explorant des masses dures très élevées. L'utérus est immobile. Je me décide à faire la laparotomie.

Dès l'incision du ventre, je tombe sur des adhérences très étendues unissant tous les organes du petit bassin en un bloc que je ne sais par quel côté attaquer.

Je pratique alors l'hémisection utérine sans difficultés. Je saisis la moitié droite du col, je sectionne l'insertion vaginale, et l'utérus se renverse entraînant avec lui les annexes qui se décortiquent avec la plus grande facilité jusqu'au pédicule utéro-ovarien que je sectionne. Je répète l'opération à gauche. Elle se fait non moins facilement et à mon grand étonnement, l'opération qui m'apparaissait au début comme très difficile se termine en cinq minutes à peine.

Drainage vaginal. Fermeture de la plaie abdominale. Suites les plus simples. La malade sort guérie le 30 octobre 1897.

OBSERVATION II

Salpingite bilatérale aiguë

(Traitement médical inefficace)

Mme C..., employée de commerce, vingt et un ans.

Entrée à l'hôpital Cochin le 2 février 1914.

En décembre 1912, appendicectomie.

Régulièrement réglée à l'âge de quinze ans.

Règles douloureuses, abondantes, durée huit jours.

Pertes blanches, surtout très abondantes depuis son mariage. Depuis quelque temps pertes jaunes.

Début en janvier 1914 par douleurs paroxystiques avec périodes d'accalmie complète. Irradiations lombaires et dans les cuisses.

Depuis son entrée dans le service, sous l'influence du repos et de la glace la malade souffre moins, mais la température oscille entre 37°5-39 degrés et l'état général n'est pas satisfaisant.

Au toucher Utérus tout à fait immobile en rétroversion perdu dans les masses annexielles. Grosse masse à droite et en arrière, dure, douloureuse au toucher. A gauche, cul-de-sac empâté.

Au spéculum, col gros et légèrement œdématié.

Opérée le 14 février 1914.

Anesthésie au mélange de Schleich.

Incision médiane sous-ombilicale. Utérus bloqué et immobile. Pyosalpinx bilatéral adhérent dans la profondeur et aux feuilletts postérieurs des ligaments larges des deux côtés. Gros abcès de l'ovaire droit.

Hémisection utérine. Difficilement on libère les segments utérins. Difficultés à gauche à cause des adhérences à la paroi, les annexes sont assez facilement libérés à droite. Légère hémorragie en nappe. Surjet du col. Péritonisation précaire.

Etant donnée l'inflammation du petit bassin on place un drainage à la Mikulicz. Suture partielle fils d'argent.

Suites normales.

La malade sort cicatrisée le 29 mars 1914.

Bonne cicatrice sans éventration.

OBSERVATION III

Bacillose annexielle et ascite

(Annexite chronique)

Mlle D..., trente-trois ans.

Entrée à l'hôpital Cochin le 17 janvier 1914.

Réglée à quinze ans régulièrement, douloureuses.

Célibataire vierge.

La malade souffre depuis un an et demi.

Début par douleurs abdominales vagues.

Nausées, vomissements, diarrhée.

Amaigrissement considérable.

Aucun trouble génital. La durée des règles est augmentée depuis quelque temps.

Pas de pertes blanches.

Examen. — Ventre globuleux. Palpation facile peu douloureuse. Sensation de flot. A la percussion, matité à concavité

supérieure, ne se déplaçant pas, donc ascite cloisonnée. Pas de circulation veineuse collatérale.

Au toucher qui se pratique difficilement avec un seul doigt, utérus petit avec deux grosses masses bilatérales qui le bloquent dans le petit bassin.

Opération le 3 février 1914.

Anesthésie au mélange de Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ascite légèrement hémorragique. Nombreuses granulations sur le péritoine. Rétroflexion de l'utérus qui contient un petit fibrome de la paroi postérieure. Adhérence de la vessie. Double salpingite tuberculeuse. Absès froids des annexes surtout à droite. Les annexes hypertrophiées sont très adhérentes. On détruit les adhérences vésico-utérines et on pratique une *hémisection*. Facile à gauche. On énuclée à droite le petit fibrome pour donner plus de liberté d'action. L'ablation des annexes droites est plus difficile à cause des adhérences et du pus qui sort.

Surjet du col. Drainage à la Mikulicz.

Suites normales. Etat local satisfaisant, état général s'améliore lentement.

Sort guérie le 27 avril 1914.

OBSERVATION IV

Salpingite bilatérale (ouverte dans le rectum)

Hémisection sub-totale, totalisée

Mlle G..., trente ans.

Entrée à l'hôpital Cochin le 1^{er} mai 1914.

Depuis décembre 1913, violentes douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire.

Depuis un mois la malade rend en pus en allant à la selle.
En mars, retard de dix jours. Quelques caillots de sang.
En avril règles normales.

Palpation douloureuse, contracture abdominale surtout à droite.

Au toucher : col abaissé, fixe, non douloureux.

Utérus en latéro-déviation gauche.

Cul-de-sac droit, masse volumineuse remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, latéralement jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure. Tumeur immobile que l'on peut saisir entre le doigt et la main qui palpe et qui semble enchâssée au bord droit de l'utérus.

Cul-de-sac postérieur, douloureux.

Cul-de-sac gauche, grosse tumeur annexielle du volume d'une orange.

Par le toucher recto-vaginal on constate un épaissement important de la cloison.

Opération le 6 juin 1914 (à froid).

Anesthésie au mélange de Schleich. Incision médiane sous-ombilicale. Ponction de la masse annexielle droite qui est vidée par aspiration.

Tout le petit bassin est encombré par les annexes qui sont adhérentes de partout.

Hémisection sub-totale, totalisée.

A gauche, l'uretère est pris dans la tumeur. On le dissèque jusqu'à la vessie. Mèche et drainage vaginal. Mikulicz.

Suites normales. La température s'abaisse rapidement à la normale.

La malade sort guérie le 22 juillet 1914.

Dans les observations qui vont suivre, nous allons décrire seulement les lésions telles qu'elles ont été vues à l'ouverture du ventre, et qui ont déterminé l'emploi du procédé de J.-L. Faure.

OBSERVATION V

Tumeurs kystiques des annexes

Mme A..., trente-deux ans, opérée le 6 avril 1913.

Nombreuses adhérences de l'épiploon et de l'intestin grêle. Après destruction de ces adhérences on constate, une grosse tumeur kystique qui remplit la fosse iliaque gauche et adhère à l'anse sigmoïde. L'utérus fixé en latéro-déviation droite laisse à peine voir son fond. En avant la vessie remonte très haut. Les annexes droites forment un bloc kystique adhérent dans la profondeur. Hémisection sub-totale. Mikulicz. Guérison sans complication.

OBSERVATION VI

Double salpingite suppurée

Mme X..., trente ans, opérée le 26 mai 1920.

L'épiploon adhère à l'utérus et aux annexes. Après libération on constate que le petit bassin est comblé par une masse annexielle.

A gauche salpingite peu volumineuse mais très adhérente. A gauche salpingite de la grosseur d'une orange, fortement adhérente au Douglas qu'elle comble. Hémisection sub-totale. Drainage vaginal, par incision de la lèvre postérieure du

col. Cloisonnement du bassin. Réunion de la paroi en trois plans.

Suites immédiates assez graves, puis normales. Guérison.

OBSERVATION VII

Double salpingite gonococcique

Mlle G..., dix-neuf ans, opérée le 10 février 1914, à l'hôpital Cochin.

Incision médiane sous ombilicale. Les intestins recouvrent le bloc utéro annexiel et y sont très adhérents. On détruit ces adhérences. L'utérus est légèrement augmenté de volume, congestionné. Double salpingite suppurée. A droite l'appendice est accolé aux annexes, à gauche la masse annexielle est adhérente à l'anse sigmoïde. L'ovaire gauche, gros, contient un abcès. L'hémisection sub-totale est pratiquée sans aucune difficulté. Mikulicz. Suites très bonnes. Guérison.

VIII

CONCLUSIONS

1° L'hystérectomie sub-totale par hémisection, est un procédé opératoire d'exception, il ne faut pas le généraliser à toutes les hystérectomies pour lésions annexielles, mais il faut le garder pour certaines lésions bilatérales des annexes ;

2° L'indication opératoire de ce procédé est fournie par l'existence d'adhérences fixant les annexes des deux côtés, à l'utérus d'une part, à la paroi pelvienne de l'autre ;

3° Dans ces conditions l'hystérectomie abdominale sub-totale par hémisection devient un procédé opératoire de choix, rendant des services incontestables tant par la sécurité de l'acte opératoire que par la rapidité de son exécution ;

4° L'hystérectomie totale par hémisection n'a que des indications très restreintes, lorsque le col présente en plus des lésions qui nécessitent son abla-

tion. Alors elle peut être avantageusement remplacée par l'hystérectomie sub-totale par hémisection suivie de l'ablation secondaire immédiate du col.

Vu : le doyen,
ROGER

Vu : le président de la thèse,
J.-L. FAURE

Vu et permis d'imprimer,
Le recteur de l'Académie de Paris :
P. APPELL

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Faure (J.-L.)*. — Presse médicale, 1897, n° 86.
— Congrès de Chirurgie, 1897-1898.
— Presse médicale, 1904, t. XII.
— L'Hystérectomie, O. Doin, 1906.
Faure (J.-L.) et Siredey (A.). — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
Ricard. — Congrès de Chirurgie, 1899.
Quénu. — *Id.*
Villar. — *Id.*
Chapéyron. — Thèse de Bordeaux, 1898.
Pétron. — Thèse de Paris, 1899-1900.
Beuttner (Professeur Dr O.). — Die transversale fundale Keilexcision des Uterus, etc. F. Enke Stuttgart, 1911.
Aubert (Dr L.). — L'excision transversale cunéiforme du fond de l'utérus, etc. (Revue de gynécol. et chir. abdominale, t. XXII, n° 6, 1914).
Edelstein (Dr). — Les méthodes d'intervention opératoires des 100 cas d'annexite suppurée. A. Kundig. Genève, 1912.
Hennenberg (Dr). — A propos du choix des méthodes opératoires dans les affections utéro-ovariennes (Séance à la Maternité de Genève), in *Gynaecologia Helvetica*. Genève, 1915.

